



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Lauri Tuomiharju & Jaakko Varpula

POTILAIKEN OSALLISUUS OMAAN HOITOONSA PSYKIATRISSESSA LAITOSHOIDOSSA

Sosiaali- ja terveysala

2014

TIIVISTELMÄ

Tekijät	Lauri Tuomiharju ja Jaakko Varpula
Opinnäytetyön nimi	Potilaiden osallisuus omaan hoitoonsa psykiatrisessa laitoshoidossa
Vuosi	2014
Kieli	suomi
Sivumäärä	41 + 4 liitettä
Ohjaaja	Elina Kajan

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa (KASTE) vuosille 2012–2015 eräs keskeinen tavoite on kansalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien vahvistaminen. Potilaiden oikeudet osallisuuteen ovat nykyään enenevässä määrin tiedostettu arvo myös psykiatrisessa laitoshoidossa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää missä määrin psykiatrisessa laitoshoidossa olevilla potilailla on osallisuusvalmiutta sekä missä määrin he osallistuvat omaan hoitoonsa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa potilaiden osallisuuden lisäämiseksi omassa psykiatrisessa laitoshoidossaan.

Osallisuuden teoreettinen perusta rakentui samasta aihepiiristä tehdyistä tutkimuksista. Asiakaslähtöisyyttä on tarkasteltu tutkimuksen teoreettisessa osiossa, sillä se on läheisessä yhteydessä osallisuuteen. Tutkimuksessa kuvattiin mielenterveystyötä sekä psykiatrista hoitotyötä. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla Vaasan sairaanhoitopiirin psykiatrisen tulostusyksikön viidellä eri osastolla keväällä 2014. Aineisto analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla.

Tutkimustulokset osoittavat, että suurimmalla osalla potilaista on osallisuusvalmiutta. Potilaat eivät halua siirtää hoitovastuuta hoitohenkilökunnalle. Potilaat kokevat itsensä tuntemisen tärkeäksi. Heillä on osallisuushalukkuutta. Osallisuus ei tulosten perusteella kuitenkaan toteudu riittävästi. Potilaiden kokemaa osallisuusvalmiutta tulee hyödyntää osallisuuden lisäämiseksi. Osallisuutta voidaan lisätä kehittämällä asiakaslähtöistä työtettä, muodostamalla dialoginen yhteistyösuhde potilaan ja hoitajan välille sekä hoitajien koulutuksella.

Avainsanat mielenterveystyö, psykiatrinen hoitotyö, asiakaslähtöisyys, osallisuus

ABSTRACT

Authors	Lauri Tuomiharju and Jaakko Varpula
Title	Patients' Participation in Their Own Treatment in Institutional Care
Year	2014
Language	Finnish
Pages	41 + 4 Appendices
Name of Supervisor	Elina Kajan

One central goal in the National Development Program for Social Welfare and Health Care (KASTE) 2011-2015 is to strengthen the citizens' possibilities to participate and influence in society. The Patients' rights to participate are nowadays a more and more recognized value in psychiatric institutional care. The purpose of this study is to find out to what extent the patients in psychiatric institutional care are able to participate and how much they participate in their own care. The goal is to produce information to increase patients' participation in their own psychiatric institutional care.

The theoretical basis of patient participation was built on previous studies made on the same topic. Client centered approach was dealt with in the theoretical part of the thesis, because it is closely related to participation. Mental healthcare and psychiatric institutional care was described in the study. The research material was collected with a questionnaire in five different wards in the psychiatric unit in Vaasa hospital district in spring 2014. The material was analysed with SPSS statistic programme.

The results show that a majority of the patients have the ability to participate. The patients do not want to hand over the responsibility for the care to the staff. The patients feel that knowing oneself and self-reflection are essential. They are willing to participate in the care. The results indicate that patient participation is not implemented enough. The patients' ability to participate should be appreciated and utilized more in order to increase patient participation. Patient participation can be increased by developing client-oriented approach at work, by forming a dialogic cooperation relationship between the patient and the nurse and by offering further training to the nurses.

Keywords	Mental health care, psychiatric nursing, client-oriented approach, participation.
----------	---

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	7
2	MIELENTERVEYSTYÖ.....	9
	2.1.1 Psykiatrinen hoitotyö	10
	2.1.2 Dialogisuus.....	12
	2.1.3 Yhteistoiminnallisuus.....	13
3	ASIAKASLÄHTÖISYYS.....	14
4	OSALLISUUS.....	16
	4.1.1 Osallisuus mielenterveyshoitotyössä	17
	4.1.2 Osallisuutta estäviä ja edistäviä tekijöitä	18
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE.....	21
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	22
	6.1 Aineiston keruu.....	22
	6.2 Aineiston analyysi.....	24
7	TUTKIMUSTULOKSET	25
	7.1 Osallisuusvalmius omaan hoitoonsa	26
	7.2 Osallisuus omaan hoitoonsa.....	29
8	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	31
	8.1 Tutkimustulosten tarkastelua	31
	8.2 Osallisuusvalmiuden hyödyntäminen	34
	8.3 Tutkimustulosten merkitys psykiatriselle hoitotyölle.....	35
	8.4 Eettiset kysymykset	36
	8.5 Luotettavuuden pohdinta	37
	8.6 Jatkotutkimusehdotukset.....	38
	LÄHTEET.....	39
	LIITTEET	

TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1.	Hoitovastuun siirtäminen	s. 27
Taulukko 2.	Itsensä tunteminen	s. 28
Taulukko 3.	Osallisuushalukkuus	s. 28
Taulukko 4.	Aktiivinen osallistuja	s. 30
Taulukko 5.	Tietoisuus omasta toiminnasta	s. 30

LIITELUETTELO

- Liite 1.** Saatekirje
- Liite 2.** Följebrev
- Liite 3.** Kyselylomake potilaalle
- Liite 4.** Frågeformulär för patienten

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmassa (KASTE 2009, 40-41) painotetaan kansalaisten vaikuttamismahdollisuuksien tärkeyttä kansalaisten itsensä, palveluiden toimivuuden sekä demokratian näkökulmasta. Yksi ohjelman keskeisistä tavoitteista on kansalaisten osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksien lisääminen.

Potilaan osallistuminen on arvo, joka tunnustetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa (Laitila 2010, 2). Kuitenkin käytännössä sen toteutumisessa on puutteita. Minna Laitilan väitöskirjassa ilmenee, että Euroopan Unionin terveysstrategian mukaan potilailla on oikeus osallistua ja vaikuttaa omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Potilaan kuulluksi tulemisen kokemuksella on todettu olevan merkitystä hoitoon sitoutumisen ja tuloksellisen hoidon kannalta. Potilaiden mahdollisuus osallistua lisää hoitomyöntyvyyttä ja tyytyväisyyttä omaan hoitoonsa. Osallisuus nähdään keskeisenä osana hyvässä hoidossa ja käytännössä. (Laitila 2010, 4.)

Potilaiden osallisuus omaan hoitoonsa on noussut merkitykselliseksi aiheeksi psykiatrisessa hoitotyössä. Tietoisuus potilaiden oikeuksista osallistua omaan hoitoonsa ja päätöksentekoon heitä koskevissa asioissa koetaan entistä arvokkaammaksi. Palveluiden tuottajien tulee luoda potilaille keskeisempi rooli heidän hoidossaan ottamalla huomioon potilaiden kysymykset, tarpeet sekä tarjota heille riittävää tietoa heidän hoidostaan. (Stringer, Van Meijel, De Dree & Van Der Bijl 2008, 678.) Osallisuuden ja nykyaikaisen mielenterveyshoitotyön merkittäviä arvoja ovat yhteinen päätöksenteko ja potilaiden oikeus valintaan sekä potilaiden näkemysten arvostaminen (Hansen, Hatling, Lidal & Ruud 2004, 292).

Osallisuuden terapeutista merkitystä korostetaan. Voimaantumisen ja itsenäisyyden tunteet ovat hoidon osallisuuden avainkäsitteitä. (Stringer ym. 2008, 678.) Kehitys potilaiden entistä aktiivisempaan osallisuuteen vaatii menetelmien ja keinojen kehittämistä, jotka tukevat potilaiden osallisuutta. Hoitajat ovat avainroolissa mahdollistamassa potilaiden osallisuutta. (Stringer ym. 2008, 678.)

Opinnäytetyön aihe valittiin, koska osallisuus on keskeinen arvo nykyaikaisessa psykiatrisessa hoitotyössä. Potilaiden osallisuus ei nykyisellään toteudu riittävästi.

Asiakaslähtöisyyden korostaminen on tulevaisuuden suuntaus psykiatrisessa hoitotyössä. Osallisuus on vahvasti yhteydessä asiakaslähtöisyyteen. Hoitokulttuurin kehittämiseksi hoitajien tulee tiedostaa potilaiden kokemuksia heidän osallisuusvalmiudesta ja osallisuudesta.

2 MIELENTERVEYSTYÖ

Maailman terveysjärjestö (2013, 9) määrittelee mielenterveyden hyvinvoinnin tilana, jossa henkilö tiedostaa omat voimavaransa. Hän selviää elämänsä normaaleista stressitilanteista, kykenee tekemään työtä sekä olemaan osallisena omassa yhteisössään.

Mielenterveyslaissa mielenterveystyötä kuvataan seuraavasti:

”Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (mielenterveyspalvelut). Mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä.”
(L14.12.1990/1116)

Mielenterveystyö koostuu mielenterveyden edistämisestä sekä mielenterveysongelmien hoidosta. Ensisijaisena tavoitteena mielenterveystyöllä on lisätä ihmisten hyvinvointia, toimintakykyä sekä edistää persoonallisuuden kasvua. Mielenterveystyöhön kuuluvat myös mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäiseminen, parantaminen sekä niiden lievittäminen

Mielenterveyttä edistävää toimintaa kutsutaan nimellä primaaripreventio. Toiminnan tarkoituksena on tunnistaa ja voimistaa mielenterveyttä edistäviä yhteiskunnallisia ja yksilöllisiä tekijöitä. Ensisijaisesti se on positiivisen mielenterveyden vahvistamista. Primaariprevention tavoitteena on riskitekijöiden vähentäminen ja suojaavien tekijöiden vahvistaminen. Vahvistaminen on ennalta ehkäisevien tekijöiden lisäämistä sekä riskitekijöiden vähentämistä. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva & Schubert. 2010, 27.) Sekundaaripreventiolla tarkoitetaan toimia, joiden avulla pyritään

estämään varhaisessa, useimmiten oireettomassa vaiheessa todettua häiriötä kehittymästä edelleen (Terveyskirjasto 2014a). Tertiaaripreventio on häiriön varsinaisessa hoidossa suoritettuja toimia, joiden avulla torjutaan häiriön eteneminen sekä häiriöön liittyvien komplikaatioiden ilmaantuminen. Kyseisillä toimilla pyritään ehkäisemään myös häiriöstä aiheutuvien haittojen pahenemista. (Terveyskirjasto 2014b.)

Mielenterveyttä edistävässä työssä suojaavia olosuhteita, tapahtumia ja kokemuksia tulee edistää sosiaalisiksi ja psykologisiksi voimavaroiksi (Eskola & Karila 2007, 101). Mielenterveystyöhön kuuluu väestön elinolosuhteiden kehittäminen mielen terveyden häiriöitä ennaltaehkäisevästi. Tämän tulee myös edistää mielenterveystyötä sekä tukea mielenterveyspalvelujen järjestämistä. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 120; Lehtinen & Taipale 2005.) Järjestettäessä mielenterveyspalveluja, toimijoiden on varmistettava, että palveluista muodostuu oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista edistävä kokonaisuus. (Noppari ym. 2007, 121).

Terveysalan ammattilaisen näkökulmasta mielenterveyshoitotyöllä tarkoitetaan itsenäistä sekä vastuullisesti toteutettua asiakaslähtöistä toimintaa. Mielenterveyshoitotyö perustuu ihmisarvoon ja yhdenvertaisuuteen. Hoitotyössä tämä tulee esille ajattelun ja toiminnan tasolla. Mielenterveyshoitotyön peruslähtökohtana on yksilön, perheen ja yhteisön voimavaroja tukeva ja kunnioittava työote sekä näiden lisäksi mielen terveyden parantaminen. Mielenterveyshoitotyötä tekevän hoitajan on ymmärrettävä, että sairastumisestaan huolimatta jokaisella potilaalla on positiivista mielen terveyttä. Hoitajan ja potilaan välillä tapahtuva yhteistyösuhde on sairaanhoitajan ydinosaamista mielenterveyshoitotyössä. (Kuhanen ym. 2010, 30-31.)

2.1.1 Psykiatrinen hoitotyö

Psykiatrinen hoitotyö on mielenterveystyöhön kuuluvaa erikoissairaanhoitoa (Lehtinen & Taipale 2005; Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000, 13). Psykiatriseen hoitotyöhön kuuluu mielen terveyttä edistävä ja tukeva toiminta. Psykiatrisessa hoitotyössä autetaan psyykkisistä häiriöistä kärsiviä psykiatriseen hoitotyöhön kuuluvien tiedollisten, taidollisten ja asenteellisten valmiuksien avulla. (Välimäki ym.

2000, 14). Psykiatrasta hoitotyötä voidaan kuvailla luonteeltaan itsenäiseksi ja vastuulliseksi työksi. Olennaisena osana psykiatrisessa hoitotyössä on terapiatyö, erilaiset ryhmätoiminnot sekä hoitosuhdetyöskentely. Potilaan kohtaaminen, ymmärtäminen sekä kokonaisvaltainen hoitaminen ovat tärkeässä roolissa psykiatrisessa hoitotyössä. (Välimäki ym. 2000, 16-17.) Psykiatrisen potilaan hoito on monitieteistä toimintaa. Tähän toimintaan osallistuvat eri terveydenhuollon ammattiryhmät. Toimintaan sisältyy esimerkiksi lääketieteeseen, psykologiaan, sosiaalitieteisiin ja hoitotieteeseen perustavaa toimintaa. (Välimäki ym. 2000, 17; Latvala 1998, 31.) Huomattava osa psykiatrisesta hoidosta pohjautuu vapaaehtoisuuteen. Omatoimisuutta sekä itsenäisen hoitoon hakeutumisen tärkeyttä painotetaan mielenterveyslaissa. (Kuhanen ym. 2010, 181.)

Mielenterveyslaissa todetaan, että avohoidossa tapahtuva hoito on mielenterveyshäiriöistä kärsivän ensisijainen hoitomuoto (Latvala 1998, 19-20). Potilas ohjataan psykiatriseen laitoshoitoon, kun avohoidon toimet eivät ole riittävät ja sairaalahoido todetaan tarpeenmukaiseksi tai jopa välttämättömäksi potilaan ongelmien kannalta. Osastohoitojaksot ovat usein lyhyitä, mutta osastohoito voi olla myös pidempikesktoista kuntoutuksellista hoitoa. (Kuhanen ym. 2010, 47.) Tahdosta riippumatonta hoitoa voidaan toteuttaa ainoastaan yksikössä, joka on tarkoitettu psykiatrasta hoitoa varten (Latvala 1998, 20).

Mielenterveyslain (L14.12.1990/1116) 8§ mukaan henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon seuraavin perustein:

”1) Jos hänen todetaan olevan mielisairas; 2) jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; ja 3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä.”

2.1.2 Dialogisuus

Dialogisuudella tarkoitetaan potilaan ja hoitajan välistä aitoa vuorovaikutteista yhteistyösuhdetta, jossa tärkeänä osana ovat vastavuoroisuus sekä molemminpuolisuus. Dialogisuus edellyttää hoitajalta potilaan hyväksymistä sekä avointa kiinnostusta potilasta kohtaan. Dialogisuus perustuu potilaan kohtaamiseen ja auttamiseen ilman ennakko-oletuksia. Dialogisuus synnyttää potilaan ja hoitajan välille jaetun asiantuntijuuden, sillä hoitaja omaa kokemuksellista sekä tiedollista asiantuntijuutta, mutta potilas on oman sairautensa asiantuntija. (Kokkola ym. 2002, 22; Kukanen ym. 2010, 153.) Potilaan näkeminen persoonana sairauden tai häiriön takana edistää hyvän yhteistyösuhteen luomisesta potilaan kanssa (Connor & Wilson 2006, 467). Dialogisuus ei ole menetelmien käyttämistä vaan yhdessä oppimista, tutustumista sekä inhimillistä ja tiedollista kasvua. Dialogisessa yhteistyössä pyritään löytämään ratkaisuja vaikeisiin tilanteisiin. (Kokkola ym. 2002, 22.) Kun tilanteessa on mukana potilaan elämän eri ääniä, vuorovaikutuskokonaisuuden kontrolloinnin sijaan täytyy tavoitella keskinäisen ymmärryksen luomista. Hoitajan tulee sopeuttaa oma toimintansa potilaan vuorovaikutustapaan avoimessa vuorovaikutustilanteessa. (Seikkula & Arnkil 2009, 28-29.)

Vuorovaikutussuhde potilaan ja hoitajan välillä ei saa kärsiä asiantuntijuudesta ja ammatillisuudesta. Vuorovaikutussuhteen tulee antaa potilaalle kokemus itselle tärkeään asiaan osallistumisesta. (Kokkola ym. 2002, 22-23.) Dialogisessa vuorovaikutussuhteessa potilas kokee olevansa tietoinen omasta elämästään. Hoitajalta dialoginen vuorovaikutussuhde vaatii herkkyyttä, taitoa sekä kykyä asettua potilaan maailmaan. (Kokkola ym. 2002, 23.)

Dialoginen vuorovaikutussuhde on ennalta arvaamatonta ja sitä ei voida suunnitella etukäteen. Vuorovaikutussuhdetta siis kuvaa eräänlainen keskeneräisyys. Dialogisessa vuorovaikutussuhteessa ei ole välttämättä tavoitteena yksimielisyys käsiteltävästä asiasta, vaan pohtia yhdessä erilaisia näkökulmia joiden avulla voidaan parhaimmillaan tuottaa luovia ratkaisuja. (Kokkola ym. 2002, 23.) Esteenä asiakaslähteiselle dialogisuudelle voidaan pitää usein ammattiauttamiseen juurtuneita käytäntöjä ja käsitteitä (Kokkola ym. 2002, 23).

Dialogisuuteen perustuva psykiatrinen hoitotyö vaatii potilailta itsekunnioitusta, tietoisuutta voimavaroistaan sekä mittavia sosiaalisia verkostoja. Yhteistyöhön ja asiakaslähtöisyyteen perustuva psykiatrinen hoitotyö luo potilaille mahdollisuuden voimaantumiseen. (Latvala 2002, 42.) Potilaat sekä hoitajat kuvaavat, että dialogi sekä jaettu tietoisuus menetelminä parantavat potilaiden ja hoitajien välistä yhteistyötä, itsenäisyyttä sekä voimaantumista heidän hoidossaan ja elämässään. Tämä vaatii sitä, että jokaisen osallistujan täytyy olla täysin tietoinen keskusteltavasta asiasta. (Latvala 2002, 42.) Yhteistyössä osallistuvien tahojen tulee ymmärtää, että heidän näkemykset saattavat erota. Kommunikoinnin tarkoituksena ei ole löytää lopullista ratkaisua, vaan tarkastella toisten näkemyksiä ja tämän avulla pyrkiä yhteisymmärrykseen. (Latvala 2002, 42.)

2.1.3 Yhteistoiminnallisuus

Yhteistoiminnallisuuteen perustuvassa hoitotyössä hoitaja työskentelee joustavasti tilanteen vaatimalla tavalla. Yhteistoiminnallisuudessa pyritään ehkäisemään potilaiden tulemistä riippuvaisiksi hoitohenkilökunnasta. Molemminpuolinen kunnioitus, luottamus ja sitoutuminen ovat edellytyksenä yhteistoiminnalliselle hoitosuhteelle. Mahdollisuudet yhteistoiminnalliselle hoitosuhteelle ovat hoitajien hoitotaidot ja potilaan läheisten toiminta voimavarana. Näiden lisäksi hoitoyhteisöllä, potilaan ja yhteiskunnan arvoilla ja asenteilla on merkityksellinen rooli yhteistoiminnallisuudessa. (Latvala, Saranto & Pekkala 2005, 25.)

Yhteistoiminnallinen hoito kuvataan asiakaslähtöisenä toimintana, jossa huomioidaan potilaiden mahdollisuudet ja rajoitukset. Potilas on yhteistoiminnallisessa hoidossa vastuullinen osallistuja. (Latvala ym. 2005, 25.) Hoitaja nähdään ammatillisena asiantuntijana, ja potilas nähdään asiantuntijana omassa elämässään. Hän tekee itsenäisiä päätöksiä omista lähtökohdistaan, koskien omaa terveyttään ja hyvinvointiaan. (Latvala ym. 2005, 29.)

3 ASIAKASLÄHTÖISYYS

Kujala (2003, 29–30) määrittelee Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli -väitöskirjassaan asiakaslähtöisyyden seuraavien käsitteiden avulla: potilaiden auttamiseen vaadittava herkkyyys ja oikeudenmukainen kohtelu. Asiakaslähtöistä toimintaa kuvaa turvallisuus, uskottavuus ja käyttökelpoisuus. Näiden lisäksi kommunikaatio sekä potilaan ymmärtäminen yksilönä ovat merkittävä osa asiakaslähtöistä toimintaa. (Kujala 2003, 31–32. & Kokkola, Kiikkala, Immonen & Sorsa 2002, 20.) Asiakaslähtöisyyttä voidaan hoitotyössä käyttää synonyymina asiakas- ja potilaskeskeytydelle, termien käyttö riippuu yleisesti kontekstista (Kujala 2003, 35; Morgan & Yoder 2011, 1-2).

Asiakaslähtöisessä toiminnassa potilaan itsemääräämistä tulee kunnioittaa sekä toiminnan tulee olla toiveikasta, aitoa sekä tulevaisuuteen suuntaavaa. Potilaan rooli on asiakaslähtöisessä toiminnassa aktiivinen. Yhdenvertaisuus potilaan sekä palveluntarjoajan kanssa on osa asiakaslähtöistä ajattelutapaa. (Kokkola ym. 2002, 20.)

Asiakaslähtöisyydestä hoitotyössä voidaan puhua silloin, kun potilaiden tarpeet, toiveet ja odotukset ovat perustana henkilökunnan toiminnalle. Erityisesti mielen-terveyspalveluissa on luotu yhteys asiakaslähtöisyyden ja mielenterveystyön välille. (Kokkola ym. 2002, 18.) Keskeinen edellytys asiakaslähtöiseen yhteistyöhön on potilaan osallistuminen hänen omien resurssiansa, rajoituksiensa ja mahdollisuuksiensa mukaisesti (Latvala 1998, 29–30). Asiakaslähtöisyyteen liittyy, että potilas on tärkeä tekijä hoidon laadun määrittelijänä luoden vastapainoa asiantuntijavaltaiseen laadun määrittelyyn. Asiantuntijavaltainen asenne on uhka asiakaslähtöisyydelle. (Kujala 2003, 33.) Asiakaslähtöisyys on yhteistyötä ja kumppanuutta potilaan ja häntä hoitavan hoitohenkilökunnan ja lääkärin välillä (Kujala 2003, 35).

Kokkola ym. (2002, 84) hankkeessa Asiakaslähtöiset peruspalvelut ja toimintamallit, luodaan asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Toimintamallin mukaan potilas tulee nähdä luonnollisena henkilönä. Luonteeltaan mielenterveyttä edistävä asiakaslähtöinen toiminta on eettistä, sillä lähtökohtana toiminnalle

on ihmisarvo ja ihmisen kunnioittaminen, rehellisyys, yhdenvertaisuus sekä jatkuvuuden periaate (Kokkola ym. 2002, 84).

Asiakaslähtöiseen mielenterveyttä edistävään toimintamalliin toimintansa perustava työntekijä on tietoinen omista tiedoistaan, taidoistaan, mutta myös omista heikkouksistaan. Toiminnassaan työntekijä yhdistää asiantuntijuuden sekä ihmisyyden. Hän luo tilanteen, jossa työntekijä ei käytä asiantuntijuuteen perustuvaa valtaa, vaan kohtaa potilaan täysivaltaisena ihmisenä. (Kokkola ym. 2002, 85.) Asiakaslähtöinen työ perustuu dialogisuuteen potilaan kanssa. Toimintaa kuvaa inhimillisuus, huolenpito ja välittäminen sekä potilaan kuuleminen siten, että toiminnan lähtökohtana on potilaan kokemus. (Kokkola ym. 2002, 85.)

Tässä työssä käytetään käsitettä potilas. Teoreettisissa materiaaleissa käytetään käsitteitä, potilas, asiakas, patient, client ja service user viitattaessa potilaaseen. Selvyyden vuoksi tässä työssä käytetään ainoastaan käsitettä potilas.

4 OSALLISUUS

Laitila (2010, 8) toteaa väitöskirjassaan osallisuuden olevan laajempi käsite kuin osallistuminen. Osallisuuteen sisältyy palvelun käyttäjän tai potilaan toimintaa, jolla on jonkinlaista vaikutusta palveluprosessiin. Osallistumisella voidaan tarkoittaa esimerkiksi ainoastaan mukana oloa vaikuttamatta asioihin.

Osallistumista voidaan selittää seuraavilla kuvauksilla; osallistua, olla osallisena, olla hyväksyttyinä johonkin sekä omata oikeus tarvittaviin resursseihin. Osallistuminen on tärkeä osa ihmisen vointia ja se on olennainen osa ihmisen psykologista, tunteellista ja taidollista kehitystä. (Daremo & Haglund 2008, 132.) Osallisuudella voidaan tarkoittaa yhteiskuntaan kiinnittymistä, jäsenyyden kokemista, osallistumisen mahdollisuutta sekä vaikuttamista ja toimimista yhteisössä ja yhteiskunnassa. Osallistuminen on määritelty myös elämäntilanteisiin osallistumisena. (Laitila 2010, 8-9.) Stringer ym. (2008, 682) kirjallisuuskatsauksessa potilaiden osallisuus on määritelty seuraavanlaisesti; potilas on osallisena ongelmien määrittelyssä ja tavoitteiden asettamisessa siten, että ne ovat oleellisena osana hoitosuunnitelmaa. Petersen ym. (2012, 62) tutkimuksessa selvitettiin potilaiden osallisuutta mielenterveyshäiriöiden kuntoutuksessa, tulokset osoittavat että osallisuus nähdään keinona määrittää itsensä ja saada tunnustusta. Osallisuuden konsepti on ollut osa Tanskan sosiaalialan lainsäädäntöä vuodesta 1998 lähtien (Petersen, Hounsgaard, Borg & Nielsen 2012, 60).

Laitila ja Pietilä (2012, 10-11) esittävät artikkelissaan osallisuudella olevan viisi erilaista mallia. Ensimmäisenä on hyvinvointivaltiollinen malli, joka viittaa palveluiden järjestämiseen niin, että ne ovat yhtäläisiä ja kattavia. Tässä mallissa potilaan osallisuus toteutuu ainoastaan edustuksellisen demokratian kautta. Toisena mallina tuodaan esille professionalisminen malli, jossa tyypillisenä asiana tulevat esille vahvat professiot, halu työskennellä potilaan puolesta sekä eettiset ohjeet, jotka korostavat asiakaslähtöisyyttä. Kolmantena mallina tuodaan esille konsumerismi. Se korostaa valinnanmahdollisuutta sekä keskinäistä kilpailua palveluntuottajien kesken. Tämä takaa asiakaskeskeisen toiminnan. Neljäntenä mallina on managerialismi. Managerialismi tuo esille, että julkiset palvelut ovat potentiaalista markkina-

aluetta. Tässä mallissa mielenkiinnon kohteena on palveluntuottaja, ei palvelunkäyttäjä. Palveluntuottajan lisäksi poliittinen johto on managerialismin mielenkiinnon kohde. Viidentenä mallina on osallistumisen malli. Tämä malli korostaa osallistumisen mahdollisuutta henkilökohtaisesti palveluiden tuottamiseen, paikallisuutta, yhteisöjen merkitystä sekä toimintatapoja, jotka lähtevät alueellisista tarpeista. Osallistumisen malli antaa potilaalle vahvan vaikuttamisen mahdollisuuden. Tämä edellyttää potilaalta kuitenkin aktiivisuutta koskien palveluiden kehittämistä ja tuottamista.

Tässä työssä tarkoitetaan osallisuudella potilaan aktiivista toimijuutta omassa hoidossaan. Potilas on mukana omaa hoitoaan koskevassa päätöksenteossa sekä ottaa vastuuta omasta hoidostaan vointinsa mukaan. Potilas on kiinnostunut omasta terveydentilastaan ja elämästään.

4.1.1 Osallisuus mielenterveyshoitotyössä

Minna Laitilan (2010, 61) tutkimuksessa kuvataan mielenterveys- ja päihdetyön potilaiden osallisuutta potilaiden sekä työntekijöiden näkökulmasta. Palvelun käyttäjillä on oltava enemmän mahdollisuuksia osallistua hoidon suunnitteluun ja toteutukseen mielenterveyshoidossa. Tällä vähennetään leimaamista ja syrjintää, jotka liittyvät mielenterveysongelmiin. Potilaan omalla osallistumisella voi olla positiivisia vaikutuksia hänen itsetuntoonsa sekä hallinnantunteeseensa (Laitila 2010, 3; Stringer ym. 2008, 679–680). Osallisuuden kokemus voi toimia tukevana tekijänä potilaan yhteiskuntaan integroitumisessa sekä stigmatisoitumisen vähentämisessä. (Laitila 2010, 3.) Seuraavien tekijöiden on todettu vaikuttavan siihen, että potilas kokee osallisuutta: 1) riittävä tuki, 2) yhteinen päätöksenteko, 3) potilaan valinnan mahdollisuus sekä 4) potilaan mielipiteiden arvostaminen. (Laitila 2010, 9).

Stringer ym. (2008, 679) mukaan, käytännössä potilaan osallisuus toteutuu perinteisellä lääketieteellisellä lähestymistavalla. Hoidosta vastuussa oleva taho selittää hoidon kulun ilman aktiivista potilaan osallisuutta. Demokraattisessa lähestymistavassa potilas otetaan huomioon ja hänen mielipiteillään on vaikutusta, potilas osallistuu aktiivisesti omaan hoitoonsa. Perinteinen lääketieteellinen lähestymistapa on laajasti käytössä. Demokraattinen lähestymistapa on kuitenkin saamassa jalansijaa

hitaasti. Syynä demokraattisen lähestymistavan hitaalle leviämislle on hoitajien ja potilaiden asenteissa vaadittavat muutokset

Tutkimusten mukaan potilaiden osallisuus omaan hoitoonsa lisää potilastyytyväisyyttä, parantaa hoidon laatua, lisää terveyttä sekä parantaa hoitomyönteisyyttä. Osallisuus luo turvallisemman hoitoympäristön sekä potilaille että hoitajille. (Stringer ym. 2008, 679.)

Laitilan (2010, 147) väitöskirjassa käy ilmi kaksi erilaista käsitystä potilaiden osallisuudesta omaan hoitoonsa. Ensimmäiselle käsitykselle on ominaista vaikuttamisen ja osallistumisen mahdollisuus. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että osallistutaan yksikössä oleviin erilaisiin palavereihin, kokouksiin, toimintaan ja oman hoidon suunnitteluun. Toiselle käsitykselle on ominaista potilaan aktiivinen osallistuminen hoidon suunnitteluun, ja päätöksentekoon. Potilas käyttää aktiivisesti hyödykseen erilaisia mahdollisuuksia. Potilaan osallisuus omaan hoitoonsa voi vaihdella passiivisesta aktiiviseen osallistumiseen (Latvala 1998, 31). Psykkinen ja fyysinen vointi sekä hoidon vaihe ovat yhteydessä osallisuuden toteutumiseen. Potilaiden voimavarat, motivaatio ja vointi voivat olla joko osallisuutta edistäviä tai estäviä tekijöitä. (Laitila 2010, 147.)

4.1.2 Osallisuutta estäviä ja edistäviä tekijöitä

Potilaiden näkökulmasta psykiatrisessa hoidossa käytettävät menetelmät koetaan autoritäärisiksi sekä ammattimaisesti painottuneiksi, eivätkä ne tue potilaiden selviytymistä yhteisössä. Tämä aiheuttaa ongelmia, kuten yhteiskunnasta eristäytymistä, yksinäisyyttä sekä uudelleen laitoshoidon joutumista. (Latvala 2002, 41-42.)

Hoitajat määrittelevät enemmän hoidontarpeita potilaille, kuin potilaat itse. Tämän lisäksi hoitajat asettavat erilaisia tavoitteita kuin potilaat itse. (Hansen ym. 2004, 295.; Stringer ym. 2008, 680.) Hoitajat tapaavat asettaa tavoitteiksi oireiden vähentämisen, potilastyytyväisyyden parantamisen, uloskirjaamisen sekä sairauden uusiutumisen estämisen. Potilaille tärkeitä asioita ovat itsenäisesti eläminen, positiiv-

vinen olotila sekä mielenterveyshäiriöihin liittyvän stigman vähentäminen. Potilaiden sekä hoitajien eroavat tavoitteet ja käsitykset hoidosta vaikuttavat hoidon tuloksiin ja osallisuuteen. (Hansen ym. 2004, 296.; Stringer ym. 2008, 680.)

Laitilan (2010, 141) väitöskirjan tuloksissa ilmenee, että mielenterveyshäiriöihin liittyvä stigma voi olla esteenä osallisuuden toteutumiselle. Osallisuuden arvon tiedostamisesta huolimatta, tutkimukset ovat osoittaneet, että hoitohenkilökunnan negatiiviset näkemykset potilaista ovat esteenä osallisuudelle (Petersen ym. 2012, 60). Tämän lisäksi hoitajien asenteet, ennakkoluulot, hoitohenkilökunnan resurssit sekä koulutus vaikuttavat potilaiden osallisuuden toteutumiseen (Laitila 2010, 141). Hoitajat saattavat olla haluttomia luottamaan ja kunnioittamaan potilaiden näkemyksiä (Hansen ym. 2004, 296). Hoitajat kokevat, että potilaat ovat kykenemättömiä tekemään itsenäisiä hoitopäätöksiä (Stringer ym. 2008, 679). Kykenemättömyys tasavertaisen hoitoympäristön luomiseen, jossa potilaat sekä hoitajat voivat jakaa yhdessä kokemuksiaan, lisää potilaiden passiivisuutta. Juurtuneet toimintatavat ovat kuitenkin osoittautuneet vaikeiksi muuttaa. Hoitajat eivät ole halukkaita luopumaan vaikutusvallastaan. (Stringer ym. 2008, 682.)

Potilaat voivat kokea aktiivisen osallistumisen omaan hoitoonsa uutena, vaikeana sekä epämiellyttävänä tilanteena. Osa potilaista ei myöskään ole halukkaita osallistumaan omaan hoitoonsa, vaan kokee ja luottaa että hoitohenkilökunta tekee parhaimmat päätökset. (Hansen ym. 2004, 297; Laitila 2010, 141.) Potilaiden tarvittavien tietojen, taitojen sekä motivaation puute on osallisuutta estävä tekijä (Hansen ym. 2004, 297). Laitilan (2010, 148) väitöskirjassa hoitohenkilökunta toi esille, että potilaan kuulluksi tuleminen riippui potilaan sosiaalisista taidoista, koulutuksesta ja ammatista. Osallisuus koetaan epämääräisenä käsitteenä, jota on hyvin vaikea soveltaa käytäntöön (Petersen ym. 2012, 60).

Psyykkiset häiriöt, eritoten skitsofrenia määritellään usein sairautena, jota kuvaavat termit rationaalisuuden puute, ymmärryksen häviäminen, mielen kapasiteetin puute sekä jakautunut tai pirstaleinen minä. Skitsofrenian ja muiden mielenterveydellisten häiriöiden ymmärtäminen näiden käsitysten perusteella, vajavaisuutena ja puut-

teina, ovat esteinä potilaiden osallisuuden lisäämisessä. (Roberts 2010, 291.) Potilaiden voimavarat, kapasiteetti ja kyvyt saadaan esille haastamalla diagnostiset luokat joiden mukaan potilaat määritellään (Roberts 2010, 290).

Osallisuuden toteutuminen vaatii hoitajien lisäksi aktiivista roolia potilailta. Potilaiden ohjaaminen, tukeminen, rohkaiseminen sekä tiedottaminen luovat mahdollisuuden potilaan aktiivisemmän roolin ottamiseen. (Hansen ym. 2004, 297.) Potilaiden kykyjen sekä tarpeiden arvioiminen parantaa hoitolinjausten muodostamista suhteessa potilaiden toiveisiin. Tämä edistää osallisuutta. (Stringer ym. 2008, 680.) Asiakaslähtöinen hoitotyö edistää osallisuutta (Connor & Wilson 2006, 473).

Hoitohenkilökunnan kouluttaminen edistää potilaiden osallisuutta (Connor & Wilson 2006, 473; Hansen ym. 2004, 296-297; Stringer ym. 2008, 683). Potilaat kokevat mahdollisuuden vaikuttaa ja päättää asioista, osallisuutta edistävinä tekijöinä. Vastuullisuus omasta hoidosta koetaan positiivisena asiana. (Daremo ym. 2008, 137).

Potilaiden osallisuutta edistävät heidän oireidenhallintansa sekä voimaannuttava päätöksentekokykynsä (Laitila 2010, 147-148). Useiden tutkimusten mukaan potilaiden aktiivinen osallisuus hoitopalveluiden arvioimiseen myötävaikuttaa palveluiden uudistamiseen sekä muutokseen hoitokulttuurissa. Hoitajista tulee avoimempia sekä he mahdollistavat potilaiden laajemman osallisuuden. (Stringer ym. 2008, 679-680). Hoitajien luodessa mahdollisuudet potilaiden osallisuudelle sekä antaessaan ohjausta koko hoitoprosessin ajan, edistää potilaiden aktiivista osallisuutta (Stringer ym. 2008, 682). Yhteistyösuhteen luominen, joka rohkaisee potilasta ottamaan vastuuta omasta hoidostaan yhdessä hoitajan kanssa, edistää osallisuutta (Stringer ym. 2008, 682).

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, missä määrin potilaat ovat valmiita osallistumaan omaan hoitoonsa psykiatrisessa laitoshoidossa. Lisäksi oli tarkoitus selvittää, missä määrin potilaat osallistuvat omaan hoitoonsa osastohoidon aikana psykiatrisessa laitoshoidossa. Tutkimuksen tavoitteena oli, että tutkimuksen tuottamalla tiedolla voidaan lisätä niin potilaiden, heidän läheistensä, kuin hoitajienkin tietoisuutta potilaiden osallistumisvalmiudesta ja osallisuudesta omaan hoitoonsa. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää potilaan ja hoitajan hoidollisen yhteistyösuhteen kehittämiseksi sekä osallisuuden lisäämiseksi psykiatrisessa laitoshoidossa.

Tämän opinnäytetyön tutkimusongelmat ovat seuraavat:

1. Missä määrin potilaat ovat valmiita osallistumaan omaan hoitoonsa psykiatrisessa laitoshoidossa?
2. Missä määrin potilaat osallistuvat omaan hoitoonsa psykiatrisessa laitoshoidossa?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Olemme saaneet käyttöömmme Latvala ym. (2005) Yhteistoiminnallisen hoitotyön kehittäminen mielenterveystyössä -tutkimuksessa käytetyn kvantitatiivisen mittarin. Tutkimus tehtiin poikittaistutkimuksena. Aineisto kerättiin yhden kerran, sillä tarkoituksena ei ollut tutkia aihetta suhteessa aikaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 56). Hoitotieteelliset kvantitatiiviset tutkimukset ovat yleensä niin sanottuja survey-tutkimuksia, jolloin tutkimus tehdään ennalta laadituilla kysymyslomakkeilla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 57).

Potilaiden osallisuutta on aikaisemmissa tutkimuksissa tutkittu sekä hoitajien, että potilaiden näkökulmasta. Tämä työ rajoittui tutkimaan potilaiden osallisuusvalmiutta sekä osallisuutta psykiatrisessa laitoshoidossa.

Vaasan sairaanhoitopiirin psykiatriselta tulosyksiköltä tarvittiin osaston- tai vastuuhoitajia yhteyshenkilöiksi. Yhteyshenkilöt huolehtivat kyselylomakkeiden sijoittamisesta osastoille siten, että tutkittavat pystyivät näihin vastaamaan. Osaston- tai vastuuhoitajat informoivat henkilökuntaa tutkimuksesta. Tutkimuksessamme tukena sekä yhdyshenkilönä toimi ylihoitaja, hoitotyön asiantuntija Gunnevi Vesimäki. Organisaatio kustansi kyselylomakkeiden sekä saatekirjeiden tulostuksen.

Kohderyhmänä tutkimuksessamme oli Vaasan sairaanhoitopiirin psykiatrisen yksikön keväällä 2014 laitoshoidossa olevat potilaat tietyillä akuutti- sekä kuntoutusosastoilla.

6.1 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin 28.4-28.5 2014 Vaasan sairaanhoitopiirin psykiatrisessa yksikössä osastoilla 1, 2, 3, 5 ja 6. Osastot olivat akuutti- sekä kuntoutusosastoja. Aineisto kerättiin Latvalan ym. (2005, 26) Yhteistoiminnallisen hoitotyön kehittäminen mielenterveystyössä -tutkimuksessa käyttämällä esitestatulla mittarilla. Saimme 29.1.2014 mittarin kehittäjiltä kirjallisen luvan sähköpostitse mittarin käyttöön. Mittari modifioitiin vastaamaan tämän tutkimuksen tutkimusongelmia- ja asetelmaa. Modifioimme mittaria siten, että rajasimme osan väittämistä pois, sillä ne

eivät mitanneet osallisuutta tai osallisuusvalmiutta. Mittari oli tutkimuksen luonteeseen nähden alkujaan myös liian laaja. Mittarin ruotsinkielisestä käännöksestä vastasimme itse, jonka Vaasan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan ruotsinkielien opettaja tarkasti.

Tutkimuksen perusjoukkona olivat Vaasan sairaanhoitopiirin psykiatrisen laitoshoidon täysi-ikäiset asiakkaat. Perusjoukon määrittely on edellytys otannan määrittelylle (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2013, 148). Satunnaisotanta mahdollistaa jokaiselle perusjoukkoon kuuluvalla yhtä suuren todennäköisyyden osallistua tutkimukseen ja täten edustamaan perusjoukkoa (Ronkainen ym. 2013, 148). Tutkimuksessa käytimme satunnaisotanta, eikä tutkimukseen osallistuneita valikoitu.

Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla. Kysymyslomakkeita vietiin osastoille kaikkiaan 75 kappaletta. Jokaiselle tutkimuksessa mukana olleelle osastolle 10 suomenkielistä sekä 5 ruotsinkielistä lomaketta. Luovutimme kyselylomakkeet sekä laatikot, johon vastaukset palautettiin osaston- tai vastuuhoitajille osastonhoitajien kokouksessa 28.4.2014. Kokouksessa esittelimme tutkimuksen tarkoituksen sekä aineiston keräämistävän osaston- ja vastuuhoitajille. Ylihoitaja, hoitotyön asiantuntija Gunnevi Vesimäki valitsi osastot, joissa tutkimus toteutettiin. Osaston- ja vastuuhoitajat veivät valituille osastoille suljetun palautuslaatikon, joka sijoitettiin osaston päiväsalin, jonne jokaisella potilaalla oli vapaa kulku. Osaston- tai vastuuhoitajat informoivat osastolla työskenteleviä hoitajia tutkimuksesta. Osastoilla olevat hoitajat kertoivat tutkimukseen osallistumismahdollisuudesta osastolla oleville potilaille. Tutkimukseen osallistuminen oli tarkoitus rajata siten, että osallistuvat olivat olleet vähintään yhden viikon osastohoidossa, koska näin voitiin ajatella saatavan kattavampia vastauksia. Vastausaika tutkimukseen oli neljä viikkoa.

Kävimme tekemässä kahden viikon aineiston keruun aloittamisen jälkeen välitarkastuksen 14.5.2014, jossa laskimme kuinka monta kyselylomaketta oli palautettu. Palautettuja kyselylomakkeita oli kertynyt tuolloin 20 kappaletta. Vastausajan päätyttyä 28.5.2014 täytettyjä kyselylomakkeita oli kertynyt 31 kappaletta.

6.2 Aineiston analyysi

Tutkimustulokset analysoitiin tilastollisesti käyttäen SPSS-ohjelmistoa. Analysoinnissa käytettiin frekvenssejä, ristiintaulukointia ja graafista esittämistä. Tilastollisen merkitsevyyden selvittämiseksi käytettiin Mann-Whitneyn U-testiä sekä Kruskal-Wallis testistä. Tilastollisen merkitsevyyden ilmaisemisessa käytetään P-arvoa (probability). P-arvon rajana tilastolliselle merkitsevyydelle voidaan pitää $< 0,05$. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 105-106.)

Mann-Whitneyn U-testiä käytetään kahden riippumattoman ryhmän vertailuun selittävän muuttujan ollessa kaksiluokkainen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 114). Tutkimuksen analyysissä käytettiin Mann-Whitneyn U-testiä, kun selvitettiin, onko naisten ja miesten välillä tilastollista merkitsevyyttä osallisuuteen ja osallisuusvalmiuteen. Kruskal-Wallis testistä käytetään riippumattomien ryhmien vertailuun (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 115). Tutkimuksessa Kruskal-Wallis testistä käytettiin, kun selvitettiin tilastollista merkitsevyyttä koulutuksen, iän ja aikaisempien hoitokertojen välillä.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Vastauksia tutkimukseen saatiin kaikkiaan 31 kappaletta (n=31). Tutkimukseen osallistuneista potilaista hieman yli puolet (51,6 %) oli miehiä. Naisia tutkimukseen vastanneista oli 45,2 %. Yksi vastaajista oli jättänyt kysymykseen vastaamatta. Lähes kaikki vastaajat olivat joko keski-ikäisiä (56,7 %) tai nuoria-aikuisia (40 %). Ainoastaan yksi (3,3 %) tutkimukseen vastannut kuului ikääntyneiden luokkaan. Yksi vastaajista oli jättänyt ikäkysymykseen vastaamatta.

Kolmanneksella (32,3 %) vastaajista korkein suoritettu koulutus oli peruskoulu. Ammatillisen koulutuksen käyneitä tutkimukseen osallistuneista oli 8 (25,8 %). Lukio oli kolmella (9,7 %) vastaajalla korkein suoritettu koulutus. Korkeakoulutetuista tutkimukseen vastanneista ammattikorkeakoulun oli käynyt 12,9 % ja yliopistotutkimukseen vastanneista ammattikorkeakoulun oli käynyt 12,9 % ja yliopistotutkimuksen suorittaneita vastaajia oli 5 (16,1 %). Yksi vastaajista oli valinnut vaihtoehdon muu koulutus. Tutkimuksessa tiedusteltiin vastaajien hoitokertojen lukumäärää psykiatrisessa laitoksessa. Neljänneksellä (25,8 %) vastaajista oli kyseessä ensimmäinen hoitokerta. Viidennesosa (19,4 %) oli hoidossa toista tai kolmatta kertaa. Yli puolella (51,6 %) oli kyseessä useampi hoitokerta. Yksi vastaajista oli jättänyt kysymykseen vastaamatta.

Viimeisessä taustakysymyksessä kartoitettiin vastaajien toimintaa omassa hoidossaan. Vastausvaihtoehtoina oli kolme erilaista kuvausta hoidossa toimimisesta. Vastaajista 7 (22,6 %) valitsi vaihtoehdon, joka kuvasi kriittistä suhtautumista hoitoon. Yhtä suuri vastaajien määrä (22,6 %) valitsi hoitohenkilökunnan ohjeita mielellään noudattavan vaihtoehdon. Yli puolet vastaajista (54,8 %) valitsi yhteistyötä hoitohenkilökunnan kanssa korostavan vaihtoehdon.

Tutkimuksessa esitettiin 20 väittämää, joihin vastausvaihtoehtoina oli ”täysin samaa mieltä”, ”jokseenkin samaa mieltä”, ”täysin eri mieltä”, ”jokseenkin eri mieltä” ja ”en osaa sanoa”. Vastausvaihtoehdoista luotiin yhteisluokat aktiivinen osallistuja tai passiivinen osallistuja, riippuen siitä, miten väittämät on muotoiltu. Osassa väit-

tämissä vastausvaihtoehdot ”täysin samaa mieltä” ja ”jokseenkin samaa mieltä” tarkoittavat passiivista osallistujaa. Toisaalta osassa väittämässä samaa mieltä väittämän kanssa oleminen edusti aktiivista osallisuutta tukeva vastausvaihtoehto.

Väittämät jaoteltiin tutkimusongelmittain. Osa väittämistä sopii kumpaankin tutkimusongelmaan. Väittämät jaoteltiin siten, että painottuuko väittämän sisältö osallisuusvalmiuteen tai osallisuuteen. Alla on eritelty tutkimustulokset tutkimusongelmittain.

7.1 Osallisuusvalmius omaan hoitoonsa

Väittämät 1, 3, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 17, 19, ja 20 vastasivat missä määrin potilaat kokevat osallisuusvalmiutta psykiatrisessa laitoshoidossa. Väittämät on ryhmitelty teemoittain. Teemoiksi muodostuivat 1. hoitovastuun siirtäminen 2. itsensä tunteminen 3. osallisuushalukkuus.

Väittämät 1, 3, 6 ja 7 mittasivat sitä, missä määrin potilaat siirtävät hoitovastuuta hoitohenkilökunnalle. Enemmistö (71,24 %) vastaajista halusi aktiivisesti olla päättämässä asioistaan, jotka koskevat heidän omaa hoitoaan. Hieman alle puolet (n=13) vastaajista kokivat elämänsä elämisen arvoiseksi muiden heistä huolehtiessa. Lähes kaikki, noin 80 prosenttia vastaajista, olivat kiinnostuneita oman hoitonsa suunnittelusta. Suurin osa (n=24) vastaajista otti heille määrätyt lääkkeet, koska henkilökunta pitää sitä tärkeänä. Tulokset esitellään taulukossa 1.

Taulukko 1. Hoitovastuun siirtäminen

Hoitovastuun siirtäminen	Passiivinen		Ei osaa sanoa	Aktiivinen	
	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä		Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Minusta olisi hyvä, että hoitajat suunnittelevat ja päättäisivät asiat puolestani.	6,45 % 2	12,90 % 4	9,68 % 3	29,03 % 9	41,94 % 13
Minusta tuntuu, että elämä on elämisen arvoista, jos joku huolehtii ja kertoo, miten minun tulee toimia.	22,58 % 7	19,35 % 6	9,68 % 3	16,13 % 5	32,26 % 10
En ole kiinnostunut oman hoitoni suunnittelusta.	3,23 % 1	12,90 % 4	3,23 % 1	9,68 % 3	70,97 % 22
Otan minulle määrätyt lääkkeeni, koska henkilökunta pitää sitä tärkeänä.	58,06 % 18	19,35 % 6	3,23 % 1	9,68 % 3	9,68 % 3

Taulukossa kaksi, väittämät 11, 12, 13, 17 ja 20 mittasivat vastaajien kokemusta itsensä tuntemisen merkityksellisyydestä. Valtaosa vastaajista koki selviytymisen jokapäiväisessä elämässä olevan riippuvaista, siitä miten tietoinen hän on itsestään ja tavoistaan toimia. Lähes kaikki (83,87 %) vastaajat olivat kiinnostuneita selviytymään omista ongelmistaan ja elämästään mahdollisimman itsenäisesti. Itsensä tunteminen koettiin merkityksellisenä edellytyksenä elämässä selviytymisen kannalta (n=27). Tämän lisäksi suurin osa vastaajista, noin 94 % halusi selviytyä elämässään mahdollisimman itsenäisesti. Tulokset esitellään taulukossa 2.

Taulukko 2. Itsensä tunteminen

Itsensä tunteminen	Aktiivinen		Ei osaa sanoa	Passiivinen	
	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä		Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Selviytymiseni jokapäiväisessä elämässäni on riippuvaista siitä, kuinka tietoinen olen itsestäni ja omista tavoistani toimia.	54,84 % 17	19,35 % 6	16,13 % 5	0 %	9,68 % 3
Selviytymiseni jokapäiväisessä elämässäni on ratkaisevasti riippuvaista omasta toiminnastani.	61,29 % 19	32,26 % 10	3,23 % 1	0 %	3,23 % 1
Olen erityisen kiinnostunut omista mahdollisuuksistani selviytyä ongelmistani/elämässäni mahdollisimman itsenäisesti.	61,29 % 19	22,58 % 7	12,90 % 4	0 %	3,23 % 1
Itsensä tunteminen on tärkeä edellytys elämässä selviytymisen kannalta.	77,42 % 24	9,68 % 3	12,90 % 4	0 %	0 %
Haluan selviytyä jokapäiväisessä elämässäni mahdollisimman itsenäisesti.	77,42 % 24	16,13 % 5	0 %	0 %	6,45 % 2

Väittämät 9, 15 ja 19 mittasivat vastaajien osallisuushalukkuutta omaan hoitoonsa. Suurin osa (n=27) vastaajista halusi noudattaa henkilökunnan ohjeita ja neuvoja. Tämän lisäksi lähes kaikki (93,55 %) vastaajista halusi olla päättämässä hoitoonsa liittyvistä asioista yhteistyössä hoitajien kanssa. Useimmat vastaajista olivat kiinnostuneita itsensä ja terveytensä edistämisestä.

Taulukko 3. Osallisuus halukkuus

Osallisuus halukkuus	Aktiivinen		Ei osaa sanoa	Passiivinen	
	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä		Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Haluan noudattaa henkilökunnan ohjeita ja neuvoja.	48,39 % 15	38,71 % 12	3,23 % 1	6,45 % 2	3,23 % 1
Haluan itse olla päättämässä hoitooni liittyvistä asioista yhteistyössä hoitajien kanssa.	67,74 % 21	25,81 % 8	0 %	3,23 % 1	3,23 % 1
Olen kiinnostunut itsestäni ja terveyteni edistämisestä.	51,61 % 17	25,81 % 7	6,45 % 2	9,68 % 3	6,45 % 2

7.2 Osallisuus omaan hoitoonsa

Väittämät 2, 4, 5, 8, 14, 16 ja 18 vastasivat tutkimusongelmaan kokevatko potilaat osallisuutta psykiatrisessa laitoshoidossaan. Osallisuutta mittaavista väittämistä luotiin teemoja. Teemoiksi muodostuivat 1. aktiivinen osallistuja 2. tietoinen toimija.

Aktiivinen osallistuja – teemaa mittasivat väittämät 2, 4, 5, 14 ja 16. Noin puolet (48,39 %) vastaajista koki osallisuutta omien asioittensa suunnitteluun, toteutukseen, arviointiin ja päätöksentekoon. Noin puolet vastaajista eivät kokeneet osallisuutta vaan olivat kuuntelijan roolissa. Lisäksi selvitettiin potilaiden osallisuutta osastolla järjestettäviin kokouksiin, joihin noin puolet (48,38 %) vastaajista osallistuivat aktiivisesti ja noin puolet eivät osallistuneet. Enemmistö vastaajista (64,51 %) toimii henkilökunnan laatiman toimintamallin mukaan.

Yli puolet (58,07 %) vastaajista kokivat itsensä ongelmien ratkaisussa todellisiksi vaikuttajiksi ja aktiivisiksi osallistujiksi, joiden näkemyksiä ja mielipiteitä hoitajat kuuntelivat päätöksiä tehdessä. Kuitenkin 16,13 % vastaajista valitsivat vastausvaihtoehdon ”en osaa sanoa”. Lähes kaikki (n=26) vastaajat kokivat, että yhdessä tekeminen auttaa ongelmien ratkaisussa. Tulokset esitellään taulukossa 4.

Taulukko 4. Aktiivinen osallistuja

Aktiivinen osallistuja	Passiivinen		En osaa sanoa	Aktiivinen	
	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä		Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Osallistun omien asioideni suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin, mutta olen kuuntelijan roolissa enkä osallistu päätöksentekoon.	12,90 % 4	32,26 % 10	6,45 % 2	32,26 % 10	16,13 % 5
Osallistun osastolla kokouksiin, mutta olen siellä kuuntelija, enkä juuri osallistu keskusteluun.	16,13 % 5	25,81 % 8	9,68 % 3	29,03 % 9	19,35 % 6
Henkilökunta laatii toimintamallin ja toimin heidän laatimansa mallin mukaan.	19,35 % 6	45,16 % 14	0 %	25,81 % 8	9,68 % 3
	Aktiivinen			Passiivinen	
Olen ongelmieni ratkaisuihin todellinen vaikuttaja ja aktiivinen osallistuja, jonka näkemyksiä ja mielipiteitä hoitajat kuuntelevat päätöksiä tehdessä.	25,81 % 8	32,26 % 10	16,13 % 5	9,68 % 3	16,13 % 5
Yhdessä tekeminen auttaa minua selviytymään ongelmieni kanssa.	48,39 % 15	35,48 % 11	6,45 % 2	3,23 % 1	6,45 % 2

Väittämät 8 ja 18 mittasivat, kokevatko potilaat olevansa tietoisia toimijoita omassa hoidossaan. Suurin osa (80,65 %) vastaajista käytti lääkkeitä vaivojensa lievittämiseksi. 12,90 % vastaajista ei osannut sanoa syytä lääkkeiden käyttämiselle. Enemmistö (n=22) vastaajista oli oppinut tuntemaan omat rajansa. Tämän lisäksi 12,90 % ei osannut sanoa, tunteeko omia rajojaan.

Taulukko 5. Tietoinen toimija

Tietoinen toimija	Aktiivinen		Ei osaa sanoa	Passiivinen	
	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä		Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Käytän lääkkeitä vaivojeni lievittämiseksi.	54,84 % 17	25,81 % 8	12,90 % 4	6,45 % 2	0 %
Olen oppinut tuntemaan omat rajani.	25,81 % 7	45,16 % 15	12,90 % 4	12,90 % 4	3,23 % 1

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tässä luvussa tarkastellaan kyselytutkimuksen tuloksia, sekä miten osallisuusvalmiutta voidaan hyödyntää aiemman teoreettisen tiedon avulla. Luvussa selvitetään myös tutkimustulosten merkitystä psykiatriselle hoitotyölle. Lisäksi tarkastellaan tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta. Lopuksi esitellään jatkotutkimusehdotuksia.

8.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimustuloksia tarkasteltiin tutkimusongelmittain. Tulosten analysoinnissa selvitettiin, onko vastaajien taustoilla tilastollista merkitsevyyttä osallisuusvalmiuteen ja osallisuuteen omassa psykiatrisessa laitoshoidossaan. Tuloksia vertailtiin aikaisempiin saman sisältöisiin tutkimuksiin.

Tulosten analysoinnin perusteella vastaajat ovat valmiita osallistumaan omaan hoitoonsa. Seuraavissa kappaleissa esitellään osallisuusvalmiuden analysointia teemoittain ja näistä muodostettuja johtopäätöksiä. Potilaiden osallisuusvalmiutta mittaavat teemat olivat hoitovastuun siirtäminen, itsensä tunteminen sekä osallisuushalukkuus.

Tässä opinnäytetyössä hoitovastuun siirtämisellä tarkoitetaan sitä, että potilas siirtää hoitovastuun hoitohenkilökunnalle. Tämä tekee potilaan roolista omassa hoidossaan passiivisen, eikä potilaalla ole osallisuusvalmiutta. Tähän tutkimukseen vastanneet potilaat eivät halua siirtää hoitovastuuta hoitohenkilökunnalle. Tämä kertoo osallisuusvalmiudesta. Kuitenkin vastuun lääkehoidosta potilaat siirtävät hoitohenkilökunnalle ja ottavat lääkkeitä henkilökunnan pitäessä sitä tärkeänä. Tämä on osallisuusvalmiutta vähentävä tekijä.

Valtaosa tutkimukseen osallistuneista potilaista kokee itsensä tuntemisen tärkeäksi. Tietoisuus itsestään ja tavoistaan toimia omassa hoidossaan lisää potilaan valmiutta olla osallisena hoidossaan. Tämä tarkoittaa, että potilaat pitävät omaa toimintaa hoidossaan merkitsevänä tekijänä elämässä selviytymisen kannalta. Itsensä tunteminen

ja oman toiminnan merkityksellisyyden tiedostaminen tekee potilaiden roolista aktiivisen omassa hoidossaan. Itsensä tuntemisen ja oman toiminnan tiedostamisen hyödyntäminen lisää osallisuusvalmiutta.

Osallisuushalukkuudella tarkoitettiin potilaan halukkuutta olla päättämässä omaan hoitoonsa ja elämäänsä liittyvistä asioista. Tutkimukseen vastanneet potilaat kokivat osallisuushalukkuutta. Tämä tarkoittaa sitä, että hoitohenkilökunnan tulee vastata potilaiden halukkuuteen olla osallisena omassa hoidossaan.

Sukupuolella ei tässä tutkimuksessa ilmennyt tilastollista merkitsevyyttä osallisuusvalmiuteen, P arvo $> 0,05$. Myöskään koulutustaustalla ei ollut tilastollista merkitsevyyttä P arvo $> 0,05$. Hoitokertojen määrällä eikä iällä havaittu tässä tutkimuksessa olevan tilastollista merkitsevyyttä osallisuusvalmiuteen. Pienen otoksen vuoksi taustojen merkitystä osallisuusvalmiuteen ei voida yleistää perusjoukkoon.

Tutkimuksessa osallisuutta mittaavat teemat olivat aktiivinen osallistuja ja tietoinen toimija. Enemmistö tutkimukseen vastanneista potilaista kokee osallistuvansa omaan hoitoonsa. Tuloksia tarkasteltaessa osallisuus ei toteudu riittävästi, koska potilailla on enemmän osallisuusvalmiutta suhteessa osallisuuden toteutumiseen.

Teemalla ”aktiivinen osallistuja”, mitattiin missä määrin potilaat osallistuvat psykiatriseen laitoshoidoonsa. Osassa väittämistä kävi ilmi, että vastaajista noin puolet kokivat osallistuvansa omaan hoitoonsa, mutta noin puolet eivät. Potilaat olivat näennäisesti mukana kokouksissa ja tilanteissa, joissa päätetään heidän hoidostaan. Kuitenkin potilaat olivat tilanteissa kuuntelijan roolissa. Kokouksissa sekä omaa hoitoa koskevissa tilanteissa, kuten hoitosuunnitelman teossa mukana oleminen ei vielä kerro osallisuudesta. Tutkimuksessa selvisi, että puolet potilaista kokivat olevansa edellä mainituissa tilanteissa ainoastaan kuuntelijan roolissa.

Henkilökunnan toimintamallin mukaan toimiminen nähdään passiivisena osallisuutena omaan hoitoonsa. Tutkimukseen vastanneista potilaista enemmistö toimi henkilökunnan laatiman toimintamallin mukaisesti. Hieman yli puolet tutkimukseen osallistuneista potilaista kokivat toimivansa aktiivisena ja tasavertaisena osallistujana omassa hoidossaan, ja heidän mielipiteillä oli merkitystä päätöksenteossa.

Kuitenkin 16,13 % vastaajista ei osannut sanoa, oliko heidän mielipiteillään merkitystä päätöksenteossa. Potilaat kokivat osallistuvansa ja ilmaisivat mielipiteensä, mutta osa potilaista koki, etteivät he tiedä onko tällä merkitystä päätöksenteossa. Tutkimukseen osallistuneet potilaat kokivat yhteistyön hoitohenkilökunnan kanssa tärkeänä osana selviytymisen kannalta, joka kertoi osallisuudesta.

Tässä tutkimuksessa tietoisella toimijuudella tarkoitettiin, että potilas on tietoinen omista rajoistaan ja psyykkiseen sairauteensa liittyvistä tarpeista. Tulosten perusteella tutkimukseen osallistuneista suurin osa oli tietoisia omista rajoistaan. Suurin osa vastaajista käytti lääkkeitä vaivojensa lievittämiseksi. Osa potilaista (12,90 %) ei osannut sanoa, miksi käyttivät lääkkeitä. Osa potilaista käyttivät lääkkeitä mahdollisesti vain siitä syystä, että lääkkeet oli heille määrätty. Tietoinen toimijuus on osallisuutta, koska tietoisena omasta itsestään ja rajoistaan potilas pystyy vaikuttamaan hoidon eri osa-alueisiin omien kykyjensä mukaisesti.

Tämän tutkimuksen perusteella sukupuolella, koulutustaustalla sekä iällä ei ollut tilastollista merkitsevyyttä osallisuuteen, P arvo > 0.05 . Hoitohenkilökunnan toimintamallin mukaan toimimisen ja aikaisempien hoitokertojen määrän välillä oli tilastollista merkitsevyyttä (P arvo $> 0,035$). Tämä tarkoittaa sitä, että potilaat joilla oli enemmän kuin yksi hoitokerta takanaan, toimivat enemmän hoitohenkilökunnan laatiman toimintamallin mukaan. Henkilökunnan toimintamallin mukaan toimiminen saattaa lisätä passiivisuutta, mikä vähentää osallisuutta omaan hoitoonsa. Potilailla, joilla on useampi hoitokerta takanaan, toimivat aikaisemmilta hoitokerroilta totutuilla tavoilla. Pitkään jatkunut psyykkinen sairaus passivoi.

Hansen ym. (2004), Petersen ym. (2012), Laitila (2010), Latvala (2002) ja Latvala ym. (2005) tutkimuksissa, joissa selvitettiin potilaiden osallisuutta, ilmeni että potilaiden osallisuus ei toteudu riittävästi. Tässä tutkimuksessa saatiin samansuuntaisia tuloksia. Osallisuuden lisäksi tutkimuksessa selvitettiin osallisuusvalmiutta. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella potilailla on osallisuusvalmiutta. Osallisuuden toteutuessa riittävästi, tämän ja aikaisempien tutkimusten perusteella, tu-

lee tässä tutkimuksessa todettua osallisuusvalmiutta hyödyntää osallisuuden lisäämiseksi. Osallisuusvalmiutta voidaan hyödyntää saman sisältöisistä tutkimuksista saaduilla tiedoilla osallisuutta edistävistä ja estävistä tekijöistä.

8.2 Osallisuusvalmiuden hyödyntäminen

Asiakaslähtöisellä toiminnalla voidaan hyödyntää potilaiden osallisuusvalmiutta, ja lisätä osallisuutta, sillä asiakaslähtöisyys tukee potilaan aktiivista roolia ja yhteistyötä hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä (Kokkola ym. 2002, 20; Kujala 2003, 35). Edellytyksenä asiakaslähtöisen toiminnan hyödyntämiselle on potilaan itsensä tunteminen (Latvala 1998, 29-30). Tämän tutkimuksen perusteella potilaat kokivat itsensä tuntemisen tärkeäksi, joten edellytykset asiakaslähtöiselle toiminnalle ovat olemassa. Esteenä asiakaslähtöiselle toiminnalle on hoitohenkilökunnan asiantuntijavaltainen asenne ja toiminta (Kujala 2003, 33). Tässä tutkimuksessa potilaat kokivat olevansa passiivisessa roolissa heidän asioistaan päätettäessä, mikä voi tarkoittaa hoitohenkilökunnan käyttävän asiantuntijuuteensa perustuvaa valtaa. Asiakaslähtöisellä toiminnalla voidaan luoda mahdollisuus potilaan aktiivisemmalle roolille.

Dialoginen vuorovaikutussuhde lisää osallisuutta, yhteistyötä ja osallisuusvalmiuden hyödyntämistä. Dialogisuutta kuvaava molemminpuolisuus, vastavuoroisuus ja hoitajan kiinnostus potilasta kohtaan ovat osallisuusvalmiutta hyödyntäviä tekijöitä (Kokkola ym. 2002, 22; Kuhanen ym. 2010, 153). Asiantuntijavaltainen toiminta heikentää dialogisuutta (Kokkola ym. 2002, 23).

Yhteistoiminnallisuudella voidaan hyödyntää potilaiden osallisuusvalmiutta, koska potilas on aktiivinen osallistuja sekä itsenäinen toimija yhteistoiminnallisessa hoidotyössä (Latvala ym. 2005, 25). Tässä tutkimuksessa potilaat halusivat selviytyä omasta elämästään mahdollisimman itsenäisesti. Yhteistoiminnallisuudella voidaan vähentää hoitajien holhoavaa työskentelytapaa, joka tukee potilaiden osallisuusvalmiutta ja lisää osallisuutta.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu hoitajien määrittelevän eriäviä tavoitteita ja hoidontarpeita potilaille, kuin potilaat itse (Hansen ym. 2004, 295; Stringer ym.

2008, 680). Tähän tutkimukseen osallistuneet potilaat haluavat itse olla suunnittelemassa omaa hoitoaan, mikä sisältää tavoitteiden ja hoidontarpeiden asettamisen. Kuitenkin noin puolet tutkimukseen osallistuneista potilaista koki itsensä passiiviseksi ja ainoastaan kuuntelijan roolissa olevaksi henkilöksi. Osallisuusvalmiutta hyödyntääkseen, potilaat tulee ottaa heidän hoitoaan koskevissa asioissa huomioon, jotta hoidon tavoitteet ja tarpeet koetaan itselle mielekkäiksi. Tämä lisää osallisuutta.

Hansen ym. (2004) ja Laitila (2010) tuovat esille, että osa potilaista ei ole motivoituneita tai halukkaita osallistumaan omaan hoitoonsa. Suurin osa tähän tutkimukseen osallistuneista potilaista oli halukkaita ja motivoituneita osallistumaan omaan hoitoonsa. On mahdollista, että myös tähän tutkimukseen osallistuneiden joukossa oli heitä, joilla ei ole motivaatiota tai halukkuutta osallistua omaan hoitoonsa. Pieni osa tutkimukseen vastanneista oli valinnut vastausvaihtoehdot, jotka eivät kertoneet osallisuusvalmiudesta.

Hoitajien koulutuksella edistetään osallisuutta, luomalla hoitoympäristö joka mahdollistaa potilaiden osallisuusvalmiuden hyödyntämisen (Connor & Wilson 2006, 473; Hansen ym. 2004, 296-297; Stringer ym. 2008, 683; Laitila 2010, 141). Tässä tutkimuksessa todettua osallisuusvalmiutta voidaan hyödyntää hoitajien koulutuksella. Hoitajien koulutus asiakaslähtöiseen ja dialogiseen toimintatapaan lisää osallisuusvalmiuden hyödyntämistä.

8.3 Tutkimustulosten merkitys psykiatriselle hoitotyölle

Nykyaikainen suuntaus psykiatrisessa hoitotyössä on potilaan oikeuksien ja vaikutusmahdollisuuksien lisääminen hänen hoitoaan koskevissa asioissa. Tämä vaatii hoitohenkilökunnalta uudenlaista asennoitumista potilaisiin, muutosta työotteesta ja hoitokulttuurissa. Tämän hetkinen asiantuntijavaltainen ja autoritäärinen psykiatrinen hoitotyö ei huomioi potilaiden aktiivista halua osallistua omaan hoitoonsa. Asiakaslähtöisyyden, dialogisuuden, yhteistoiminnallisuuden ja osallisuuden toteuttaminen haastaa vanhan näkemyksen, jossa hoitohenkilökunta on vallassa ja tekee päätökset potilaiden puolesta.

Tämän tutkimuksen tulosten merkitys psykiatriselle hoitotyölle on osallisuusvalmiuden tunnistaminen. Hyödynnettäessä potilaiden osallisuusvalmiutta, potilaiden osallisuus omaan hoitoonsa lisääntyy. Osallisuuden lisäämisellä on suotuisia vaikutuksia potilaisiin; hallinnantunteen lisääntyminen ja itsetunnon paraneminen. Palveluiden tuottajien tulisi lisätä osallisuusvalmiuden hyödyntämistä, sillä osallisuus parantaa hoidon laatua, lisää potilastyytyväisyyttä ja parantaa hoitomyönteisyyttä. Näiden lisäksi osallisuus vähentää stigmatisoitumista, joka edesauttaa potilaiden yhteiskuntaan integroitumista. (Laitila 2010, 3; Stringer ym. 2008, 679-680.) Osallisuusvalmiuden hyödyntäminen ja osallisuuden lisääminen kehittää psykiatrista laitoshoidoa inhimillisempään ja tasavertaisempaan suuntaan.

8.4 Eettiset kysymykset

Hoitotyön tutkimuksen tulee olla yhteiskunnalle hyödyllinen. Tutkimuksesta saatavia tuloksia tulee voida hyödyntää. (Kankkunen Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.) Tämä tutkimus on hyödyllinen sillä sen tavoitteena on lisätä potilaiden osallisuutta ja yhteistyötä hoitajien kanssa sekä vähentää passiivisuutta.

Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen tekee tutkimuksesta eettisesti hyväksyttävää sekä tuloksista uskottavia (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Hyvän tieteelliseen käytäntöön perustuvassa tutkimuksessa noudatetaan rehellisyyttä, huolellisuutta sekä tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten kirjaamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa. Käytetään tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä jotka ovat eettisesti kestäviä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 288; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tutkimuksessa korostetaan itsemääräämisoikeutta siten, että tutkimukseen osallistuminen on aidosti vapaaehtoista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218-219.) Perustana tutkimukselle osallistumiseen tulee olla tietoinen suostumus. Tietoinen suostumus tarkoittaa että tutkittavan on oltava täysin tietoinen tutkimuksen luonteesta, oikeudesta kieltäytyä ja keskeyttää tutkimus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219.) Tutkimukseen osallistuminen tulee olla oikeudenmukaista, jokaisella on oltava mahdollisuus osallistua tutkimukseen. Tämä tarkoittaa

sitä, että myös ne, jotka saattaisivat antaa ei-toivottuja vastauksia pääsevät osallistumaan tutkimukseen. Anonymiteetin noudattaminen takaa sen, että tutkimustietoja ei luovuteta ulkopuolisille. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221.)

Tässä tutkimuksessa noudatettiin edellä mainittuja eettisiä ohjeita. Tutkimukseen potilaat osallistuivat anonymisti, eikä tutkittavien henkilöllisyys koskaan paljastunut tutkijoille, tai osaston henkilökunnalle. Jokaisen tutkimuksessa mukana olleen osaston potilailla oli mahdollisuus osallistua tutkimukseen. Tutkimustulokset esitettiin tarkasti ja rehellisyyttä noudattaen. Kyselylomakkeet hävitettiin tulosten analysoinnin jälkeen asianmukaisesti.

Tutkimusetiikkaan tulee kiinnittää erityistä huomiota kun tutkimuksen kohteena ovat haavoittuvaan ryhmään kuuluvat tutkittavat. Mielenterveysongelmista kärsivät henkilöt kuuluvat haavoittuvaan ryhmään. Haasteena mielenterveysongelmaisia tutkittaessa on tietoisien suostumusten saaminen sekä mahdolliset tutkimuksesta aiheutuvat sivuvaikutukset. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221-222.) Haavoittuvaa ryhmää tutkittaessa on huomioitava, ettei tutkimusaihetta ja – ongelmia määritellessä loukata ketään, asettamalla tutkittavat vähäisemmiksi (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 288-289). Tietoista suostumusta tutkimukseen osallistumiseen korosti se, ettei tutkimusta markkinoitu siten, että potilaita olisi houkuteltu tai painostettu vastaamaan tutkimukseen. Hoitohenkilökunta tiedotti potilaille mahdollisuudesta osallistua tutkimukseen.

8.5 Luotettavuuden pohdinta

Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan mittausten luotettavuutta, mittausten yhdenmukaisuutta sekä mittarin tarkkuutta ja johdonmukaisuutta (Ronkainen ym. 2013, 131). Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa mitataan asiaa jota oli tarkoitus mitata (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152). Tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti on hyvä, sillä tutkimuksessa käytettiin Latvala ym. (2005) kehittämää ja käyttämää mittaria. Tutkimuksen tekijät olivat modifioineet mittaria, mikä saattaa olla reliabiliteettia ja validiteettia heikentävä tekijä. Alkuperäistä ruotsinkielistä mittaria ei ollut testattu, eikä käytetty aikaisemmin, joka on myös luotettavuutta heikentävä tekijä.

Vastaajien määrän jäätyä odotettua alhaisemmaksi, tuloksia ei voida yleistää perusjoukkoon. Tämän vuoksi tuloksia voidaan pitää ainoastaan suuntaa-antavina. Vastausten määrän jääminen vähäiseksi voi johtua vastausajan lyhyydestä (4 viikkoa). Tutkimuksen kohteena olleella potilasryhmällä, ei mahdollisesti ollut riittävää vointia tai motivaatiota tutkimukseen vastaamiseen. Tutkimuksen tekijät pohtivat myös sitä, että kyselylomake on mahdollisesti ollut osalle liian haasteellinen täytettäväksi väittämien kieliasun vuoksi. Tämä vaati keskittymistä sekä tarkasti väittämien lukemista. Tutkimukseen osallistuminen rajattiin siten, että osallistuvat olivat olleet vähintään viikon hoidossa. Edellä mainitun kriteerin toteutumista emme kuitenkaan voineet mitenkään valvoa, koska kyselylomakkeet olivat osastoilla kaikkien potilaiden saatavilla neljän viikon ajan. Tämän vuoksi tämä kriteeri ei tutkimuksessamme toteudu.

8.6 Jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksen tekijät ehdottavat yhdeksi jatkotutkimusaiheeksi asiakkaiden osallisuuden selvittämistä psykiatrisessa avohoidossa, koska avohoidossa selviytymisen edellytys on potilaan aktiivinen toiminta. Toiseksi jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan asiakaslähtöisyyttä mittaavaa tutkimusta psykiatrisessa laitoshoidossa, sillä asiakaslähtöisyys on tärkeä osallisuuteen vaikuttava tekijä.

Lisäksi tutkimuksen tekijät ehdottavat seuraavia jatkotutkimusaiheita:

- Vertaileva tutkimus avohoidossa olevien asiakkaiden ja laitoshoidossa olevien potilaiden osallisuusvalmiudesta
- Tutkimus, jossa selvitetään potilaiden tietoisuutta heidän hoitosuunnitelmastaan
- Miten hoitajien toiminta edesauttaa tai estää osallisuutta
- Millainen hoitoympäristö edistää potilaiden osallisuutta

LÄHTEET

Connor, S. & Wilson, R. 2006. It's important that they learn from us for mental health to progress. *Journal of Mental Health*. 15(4). 461-474.

Daremo, Å. & Haglund, L. 2008. Activity and participation in psychiatric institutional care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 15, 131-142.

Eskola, J., Karila, A. 2007. *Mielekäs Suomi – Näkökulmia mielenterveystyöhön*. Helsinki. Edita Prima Oy.

Hansen, t., Hatling, T., Lidal, E. & Ruud, T. 2004. The user perspective: respected or rejected in mental health care?. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 11, 292-297.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. 3. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. 1-2. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

KASTE 2009. Valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008-2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon eheidän palvelukokonaisuuksien ja vaikuttavien toimintamallien luominen. Sosiaali- ja terveysministeriö. 40-41. Viitattu 19.2.2014. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7533.pdf

Kokkola, A., Kiikkala, I., Immonen T. & Sorsa, M. 2002. Mitä Sinä elämältäsi haluat?. Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Suomen kuntaliitto. 1. Painos. Helsinki. Kuntatalon paino.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. *Mielenterveys hoitotyö*. 1. Painos. Helsinki. WSOYpro Oy.

Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Akateeminen väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto.

L 14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 21.5.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#L2>

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Laitila, M., Pietilä, A-M. 2012. Asiakkaan osallisuus mielenterveyspalveluissa. Kuulluksi tulemistä ja inhimillistä kohtaamista. Piiriltä yliopiston kautta siviiliin, dosentti Merja Nikkosen juhla- ja kiitoskirja. 9-16.

Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. 1. Painos. Oulu. Oulu university press.

Latvala, E. 2002. Developing and testing methods for improving patient-oriented mental health care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 9, 41-47.

Latvala, E., Saranto, K. & Pekkala, E. 2005. Yhteistoiminnallisen hoitotyön kehittäminen mielenterveyshoidossa – Tuloksia kehittämishankkeesta. *Tutkiva Hoitotyö*. 3(2). 24-30.

Lehtinen, V., Taipale, V. 2005. Mielenterveys ja psykiatrinen sairaanhoito. Viitattu 14.10.2014. Teoksessa *Suomalaisten terveys*. Kustannus Oy Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00054&p_haku=mielenterveys

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. *Etiikka Hoitotyössä*. 1. Painos. Juva. WS Bookwell Oy.

Morgan, S. & Yoder, L. 2011. A Concept Analysis of Person-Centered Care. *Journal of Holistic Nursing*. 1-8. Viitattu 21.5.2014. <http://jhn.sagepub.com/content/early/2011/07/15/0898010111412189>

Noppari, E., Kiiltomäki, A., Pesonen, A. 2007. *Mielenterveys ja perusterveydenhuollossa*. Vammala. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Petersen, K., Hounsgaard, L., Borg, T. & Vinther Nielsen, C. 2012. User involvement in mental health rehabilitation: a struggle for self-determination and recognition. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 19, 59-67.

Roberts, M. 2010. Service user involvement and the restrictive sense of psychiatric categories: the challenge facing mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 17, 289-294.

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2013. *Tutkimuksen voimasanat*. 1.-2. Painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Seikkula, J. & Arnkil, T.E. 2009. *Dialoginen verkostotyö*. Helsinki. Esa Print Oy

Stringer, B., Van Meijel, B., De Vree, W. & Van Der Bijl, J. 2008. User involvement in mental health care: the role of nurses. A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 15. 678-683.

Terveyskirjasto 2014a. Duodecim. 2014. Sekundaarinen ehkäisy. Viitattu 2.9.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt03055

Terveyskirjasto 2014b. Duodecim. 2014. Tertiaarinen ehkäisy. Viitattu 2.9.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt03431

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. HTK-ohje 2012. Viitattu 21.3.2014. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Välimäki, M. & Holopainen, A. 2000. Psykiatrinen hoitotyö – kykyä vastata muutosten tuomiin haasteisiin. Teoksessa Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva. WS Bookwell Oy.

World Health Organization. 2013. Investing in mental health: evidence for action. Geneva, Switzerland. WHO Press. Viitattu 21.5.2014 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618_eng.pdf?ua=1

SAATEKIRJE

VAASA 4.4.2014

HYVÄ TUTKIMUKSEEN OSALLISTUJA

Opiskelemme Vaasan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan yksikössä hoitotyön koulutusohjelmassa. Valmistumme sairaanhoitajiksi vuonna 2014. Teemme opinnäytetyömme Vaasan sairaanhoitopiirin psykiatrian yksikössä. Tutkimuksemme tarkoituksena on selvittää potilaiden osallistumista omaan hoitoonsa. Näkemyksenne ovat tärkeitä, jotta osallisuusmahdollisuuksia voidaan kehittää vastaamaan potilaiden tarpeita.

Tutkimusaineisto kerätään kyselylomakkeella, johon toivomme teidän vastaavan. Tutkimukseen osallistuminen tapahtuu vastaamalla ohessa olevaan kyselylomakkeeseen. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista sekä luottamuksellista. Tutkimuksen valmistuttua kyselylomakkeet hävitetään asianmukaisesti. Täytetty kyselylomake palautetaan osastolla olevaan siihen varattuun laatikkoon.

Valmis opinnäytetyömme tullaan tulevaisuudessa julkaisemaan Internetissä osoitteessa www.theseus.fi. Tutkimuksen tekemiseen on saatu lupa Vaasan sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikkaryhmän ylihoitajalta. Tarvittaessa voitte ottaa yhteyttä opinnäytetyön tekijöihin puhelimitse. Vastaamme mielellämme kysymyksiinne.

Vaivannäöstänne kiittäen.

Ystävällisin terveisin Lauri Tuomiharju ja Jaakko Varpula

FÖLJEBREV

VASA 4.4.2014

BÄSTA STUDIEDELTAGARE

Vi studerar i vårdprogrammet i enheten för hälsovård och det sociala området vid Vasa yrkeshögskola. Vi ska avlägga examen 2014. Vi skriver vårt lärdomsprov för den psykiatriska enheten i Vasa sjukvårdsdistrikt. Syftet med undersökningen är att reda ut hur delaktiga patienter är i sin egen vård. Era åsikter är viktiga när man vill utveckla patienternas möjligheter till delaktighet så att det motsvarar deras behov.

Undersökningsmaterialet samlas med ett frågeformulär, som vi hoppas ni kan svara. Man deltar i undersökningen genom att svara på det bifogade frågeformuläret. Det är helt frivilligt att delta och allt material behandlas konfidentiellt. Frågeformulären kommer att förstöras på tillbörligt sätt efter att studien är färdig. Det ifyllda frågeformuläret kan lämnas in i svarslådan som finns på avdelningen.

Det färdiga lärdomsprovet kommer att publiceras på adressen www.theseus.fi. Översköturen vid psykiatriska kliniken i Vasa sjukvårdsdistrikt har beviljat ett forskningstillstånd. Vid behov kan ni kontakta författare av lärdomsprovet per telefon. Vi svarar gärna på era frågor.

Tack för samarbetet!

Med vänliga hälsningar Lauri Tuomiharju och Jaakko Varpula

KYSELYLOMAKE POTILAALLE

Tällä kyselylomakkeella kerätään tietoa potilaiden osallisuudesta omaan hoitoonsa. Vastatessanne kyselyyn valitkaa ympyröimällä mielipidettänne vastaava vaihtoehto tai täydentäkää puuttuva tieto.

TAUSTATIETOJA

1. Sukupuoli (valitkaa oikea vaihtoehto)

Mies		(1)
Nainen		(2)
2. Syntymävuosi _____
3. Koulutuksenne (valitkaa korkein koulutuksenne ja kuvatkaa muu tai muut tutkinnot, joita teillä on)

Peruskoulu (tai kansakoulu)		(1)
Lukio		(2)
Ammatillinen koulutus, (mikä)	_____	(3)
Ammattikorkeakoulu, (mikä)	_____	(4)
Yliopisto, (mikä)	_____	(5)
Joku muu, (mikä)	_____	(6)
4. Hoitokerta sairaalassa (valitkaa oikea vaihtoehto)

Ensimmäinen		(1)
Toinen		(2)
Kolmas		(3)
Useampi, (kuinka monta)	_____	(4)
5. Valitkaa seuraavista kolmesta vaihtoehdosta se, joka kuvaa parhaiten sitä, miten toimitte omassa hoidossanne.
 - (1) Minulle sopii parhaiten, että hoitajat antavat selkeät määräykset, miten tulee toimia. Noudatan määräyksiä, jos niin haluan.
 - (2) Minulle sopii parhaiten, että hoitajat antavat selkeät ohjeet ja neuvot, joita voin noudattaa. Noudatan mielelläni annettuja ohjeita.
 - (3) Minulle sopii parhaiten, että saan olla suunnittelemassa omaa hoitoani ja siihen liittyviä asioita yhteistyössä hoitajien kanssa. Kun asioita suunnitellaan ja niistä sovitaan yhdessä, suunnitelmat myös toteutuvat

Jokaiseen seuraavista väittämistä liittyy viisi vaihtoehtoa: Täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, en osaa sanoa, jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä. Vastatkaa jokaiseen väittämään ja valitkaa rastittamalla vaihtoehto, joka parhaiten vastaa omaa käsitystänne. Tavallisesti ensimmäinen mieleen tuleva vaihtoehto on se oikea.

OSALLISUUS	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa	En osaa sanoa	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
1. Minusta olisi hyvä, että hoitajat suunnittelevat ja päättäisivät asiat puolestani.					
2. Osallistun omien asioideni suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin, mutta olen kuuntelijan roolissa enkä osallistu päätöksentekoon.					
3. Minusta tuntuu, että elämä on elämisen arvoista, jos joku huolehtii ja kertoo, miten minun tulee toimia.					
4. Osallistun osastolla kokouksiin, mutta olen siellä kuuntelija, enkä juuri osallistu keskusteluun.					
5. Henkilökunta laatii toimintamallin ja toimin heidän laatimansa mallin mukaan.					
6. En ole kiinnostunut oman hoitoni suunnittelusta.					
7. Otan minulle määrätyt lääkkeeni, koska henkilökunta pitävät sitä tärkeänä.					
8. Käytän lääkkeitä vaivojeni lievittämiseksi.					
9. Haluan noudattaa henkilökunnan ohjeita ja neuvoja.					
10. Haluan keskustella hoitajien kanssa omasta elämäntilanteestani.					
11. Selviytymiseni jokapäiväisessä elämässäni on riippuvaista siitä, kuinka tietoinen olen itsestäni ja omista tavoistani toimia.					

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
12. Selviytymiseni jokapäiväisessä elämässäni on ratkaisevasti riippuvaista omasta toiminnastani.					
13. Olen erityisen kiinnostunut omista mahdollisuuksistani selviytyä ongelmistani/elämässäni mahdollisimman itsenäisesti.					
14. Olen ongelmieni ratkaisuihin todellinen vaikuttaja ja aktiivinen osallistuja, jonka näkemyksiä ja mielipiteitä hoitajat kuuntelevat päätöksiä tehdessä.					
15. Haluan itse olla päättämässä hoitooni liittyvistä asioista yhteistyössä hoitajien kanssa.					
16. Yhdessä tekeminen auttaa minua selviytymään ongelmieni kanssa.					
17. Itsensä tunteminen on tärkeä edellytys elämässä selviytymisen kannalta.					
18. Olen oppinut tuntemaan omat rajani.					
19. Olen kiinnostunut itsestäni ja terveyteni edistämisestä.					
20. Haluan selviytyä jokapäiväisessä elämässäni mahdollisimman itsenäisesti.					

FRÅGEFORMULÄR FÖR PATIENTEN

Med detta frågeformulär samlar man in information om patientens delaktighet i sin egen vård. Då ni svarar på frågorna var vänlig och ringa in det alternativ som bäst motsvarar er åsikt och/eller fyll i uppgifterna som saknas.

BAKGRUNDSFAKTA

1. Kön (var vänlig och ringa in det rätta alternativet)

Man	(1)
Kvinna	(2)

2. Födelseår _____

3. Er utbildning (var vänlig och ringa in er högsta utbildning och beskriv ev. annan eller andra examina som ni har)

Grundskola (eller folkskola)	(1)
Gymnasiet	(2)
Yrkesutbildning, (vilken) _____	(3)
Yrkeshögskola, (vilken) _____	(4)
Universitetsutbildning, (vilken) _____	(5)
Någon annan, (vilken) _____	(6)

4. Vårdtillfället på sjukhuset (var vänlig och ringa in det rätta alternativet)

Första	(1)
Andra	(2)
Tredje	(3)
Flera vårdtillfällen, (hur många) _____	(4)

5. Var vänlig och välj det av följande alternativ som bäst beskriver hur ni vanligen brukar agera/bete er vid er egen vård
 - (1) För mig passar det bäst att skötare ger klara tillsägelser hur jag ska göra. Jag följer tillsägelser när och om jag vill.
 - (2) För mig passar det bäst att skötare ger klara instruktioner och råd, som jag kan följa. Jag följer givna råd.
 - (3) För mig passar det bäst att jag har en möjlighet att vara med och planera min vård i samarbete med skötarna. När man tillsammans planerar vården kan vårdplanen också förverkligas.

Vart av ett av följande påståenden har fem svarsalternativ. Helt av samma åsikt, delvis av samma åsikt, vet ej, delvis av annan åsikt, helt av annan åsikt. Var vänlig och svara på varje påstående och kryssa för det alternativ, som bäst motsvarar er egen uppfattning. Vanligen är det alternativ, som ni först kommer att tänka på, som är det rätta alternativet.

DELAKTIGHET	Helt av samma åsikt	Delvis av samma åsikt	Vet ej	Delvis av an- nan åsikt	Helt av annan åsikt
1. Jag tycker att det skulle vara bra om skötare planerar min vård och skulle fatta beslut över mina saker.					
2. Jag tar del i planeringen, förverkligandet och bedömningen av min egen vård men min roll är mera att lyssna än aktivt delta i beslutsfattandet.					
3. Jag tycker att livet är värt att leva, om någon tar hand om mig och berättar hur jag bör handla.					
4. Jag deltar ibland i vårdgruppens möte, när frågor som berör min vård behandlas, men jag är där som lyssnare. Jag deltar inte i diskussionen.					
5. Personalen utarbetar en modell och jag följer den.					
6. Jag är inte just nu intresserad av att delta i planeringen av min vård.					
7. Jag tar mina mediciner eftersom personalen anser att det är viktigt.					
8. Jag tar medicin för att lindra besvären.					
9. Jag vill följa de råd och anvisningar, som personalen ger mig.					
10. Jag vill diskutera med skötarna om min egen livssituation.					

	Helt samma av åsikt	Delvis av samma åsikt	Vet ej	Delvis av an- nan åsikt	Helt av annan åsikt
11. Hur jag klarar mig i vardagslivet beror på hur medveten jag är om mig själv.					
12. Hur jag klarar mig i vardagslivet är på ett avgörande sätt beroende på mina egna handlingar.					
13. Jag är särskilt intresserad av mina egna möjligheter att klara mig med mina problem och mitt liv så självständigt som möjligt.					
14. I min vård är jag en aktiv deltagare, som kan påverka, och vars åsikter och synpunkter beaktas då beslut skall fattas i vårdgruppen.					
15. Jag vill samarbeta med skötarna och vara med och fatta beslut i frågorna som berör min vård och planeringen av min vård.					
16. Samarbetet med personalen hjälper mig att klara av mina problem.					
17. Att lära känna sig själv är en viktig förutsättning för att klara sig i vardagslivet.					
18. Jag har lärt mig känna mina egna gränser.					
19. Jag är intresserad av mig själv och av att befrämja min egen hälsa.					
20. Jag vill klara mig i vardagslivet så självständigt som möjligt.					